

広域化医療機関における予防接種申請書に係る委任状

年 月 日

東近江市長 様

(委任者)

住 所 東近江市

氏 名 (印)

生 年 月 日 年 月 日

※委任者の印鑑がない場合は無効とします。

私は、(インフルエンザ・高齢者用肺炎球菌・新型コロナウイルス) 予防接種の広域化医療機関における予防接種の申請を下記の者に委任します。

(代理人)

住 所

氏 名

生 年 月 日 年 月 日